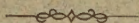


FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 32

LES ADÉNITES SUPPURÉES

péri-appendiculaires



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry LHUISSIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 30 novembre 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine 25

PARIS

1912

LES ADÉNITES SUPPURÉES

péri-appendiculaires



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 32

LES ADÉNITES SUPPURÉES

péri-appendiculaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry LHISSIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 30 novembre 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 25
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (Jean). WEILL. POLLOSSON (A.) CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. X... GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. LESIEUR. PAVIOT. POLLOSSON (M.). COURMONT (P.). LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophthalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON. LANNOIS. VALLAS. ROCHET.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	
Pathologie externe	
Maladies des voies urinaires	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé. BERARD, — CONDAMIN, — NOYE-JOSSERAND, — COMMANDEUR, — MOREAU, — REGAUD, — PATEL, — BRETIN, — VILLARD, — MOURIQUAND, — GAYET, — MARTIN (Et.), —
Propédeutique chirurgicale	
Propédeutique de gynécologie	
Chirurgie infantile	
Accouchements	
Matière médicale	
Embryologie	
Anatomie topographique	
Botanique	
Chirurgie expérimentale	
Clinique infantile	
Propédeutique urologique	
Déontologie et médecine professionnelle	

AGRÉGÉS

MM. REGAUD. COMMANDEUR. GAYET. NEVEU-LEMAIRE. PATEL.	MM. MARTIN (Et.). LAROYENNE. VORON. NOGIER. LATARJET.	MM. BRETIN. LERICHE. THEVENOT. TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD. PIERY, Ch... SAVY, Ch...
---	--	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. PAVIOT, Assesseur ;
MM. VILLARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR PAUL LHUISSIER

Professeur d'anatomie à l'École de Médecine de Rennes
Médecin des Établissements pénitentiaires
Officier de l'Instruction publique

A qui je dois tant ! et dont l'existence
pleine de dévouement et d'honnêteté
professionnelle me servira toujours de
modèle.

A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance
et de remerciements affectueux.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR PAUL LHUISSIER

Médecin aide-major au 4^e hussards

A MON FRÈRE ÉMILE, ÉTUDIANT EN MÉDECINE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Avec l'expression de notre profonde
gratitude pour le grand honneur qu'il
nous fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Il nous inspira l'idée de ce travail et
nous accueillit toujours avec la plus
grande bienveillance; qu'il daigne
accepter ici l'hommage de notre pro-
fonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Par « adénites suppurées péri-appendiculaires » nous comprenons les inflammations ganglionnaires en voie de suppuration qui accompagnent les diverses lésions infectieuses aiguës ou chroniques du cæcum, de la région iléo-cæcale et de l'appendice.

Nous aurons particulièrement en vue les adénites suppurées péri-appendiculaires existant en dehors de toute lésion actuelle soit cæcale, soit appendiculaire, ou avec des lésions de folliculite banale du côté de l'appendice.

Ces faits ne sont guère connus que depuis les communications faites à la Société de Chirurgie de Paris, en 1907 : rapport de Demoulin, rapport de Michaux, publications de Gérard-Marchant, Massoulard, Routier-Tuffier et Guibal, Vautrin dans la *Revue de Chirurgie*.

Alors que dans l'inflammation de tous les autres organes, l'adénite avait été étudiée à l'envi par les cliniciens (dont les travaux reçurent plus tard une confirmation bactériologique éclatante), l'appendicite semblait faire exception à la règle commune et les auteurs qui avaient observé et décrit les adéno-phlegmons pharyngiens et amygdaliens par exemple, alors même qu'ils comparaient l'appendice à l'amygdale, n'avaient pas même signalé l'existence d'une adénite appendiculaire.

Cette idée d'adénite appendiculaire est de date assez récente; nous avons pu néanmoins en réunir un certain nombre d'observations dans la littérature médicale.

Dans ce modeste travail, nous voudrions seulement attirer l'attention sur la possibilité, la fréquence, les causes des adénites suppurées péri-appendiculaires dans les infections aiguës ou chroniques du cæcum, de la région iléo-cæcale et de l'appendice.

Nous étudierons donc successivement :

L'anatomie des lymphatiques et des ganglions de l'appendice et du cæcum;

L'étiologie et la pathogénie des adénites suppurées péri-appendiculaires;

L'anatomie pathologique des lésions ganglionnaires et des lésions concomitantes du cæcum et de l'appendice.

Nous serons très bref sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces adénites suppurées péri-appendiculaire.

Enfin, nous exposerons nos conclusions.

ANATOMIE

Avant d'entrer dans le sujet proprement dit de notre thèse, nous croyons à propos de rappeler les dispositions anatomiques de la région dont nous allons étudier un état pathologique. Nous nous proposons de suivre les vaisseaux lymphatiques depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans les ganglions; nous étudierons ensuite ces ganglions avec leurs voies d'échappement, notre modeste travail ayant pour but d'étudier les rapports qui existent entre les lésions des ganglions péri-appendiculaires et les inflammations diverses de la muqueuse cæcale et appendiculaire.

A. ORIGINE DES LYMPHATIQUES

Les lymphatiques de l'appendice naissent soit des follicules clos disséminés sans ordre sur toute muqueuse, soit du tissu réticulé situé dans la sous-muqueuse intermédiaire aux follicules clos. Lockwood, qui a bien étudié cette question dans *The Journal of Anatomy and Physiology*, 1900, en donne la description suivante :

« Dans les préparations à l'hématéine ou aux couleurs d'aniline, les follicules lymphatiques sont vraiment remarquables. Ce sont des corps ovoïdes arrondis ou piri-formes, mesurant 1 millimètre de diamètre et distincte-

ment visibles à l'œil nu; quelques follicules sont situés en dehors de la « *muscularis mucosæ* », par conséquent de la couche sous-muqueuse, mais le plus grand nombre pénètre dans la *muscularis mucosæ* et, déplaçant les glandes tubulaires, vient faire saillie du côté de la lumière du canal, où il est recouvert par l'épithélium cylindrique.

Le nombre exact des follicules clos contenus dans l'appendice peut dépendre de plusieurs facteurs, spécialement de sa longueur et de son calibre. Un appendice de la longueur moyenne de 7 centimètres contient environ 150 à 200 follicules.

« Chacun de ces follicules est formé de deux parties; une partie centrale plus claire que le reste du follicule et paraissant moins dense parce que les réseaux lymphatiques y sont plus larges; et une partie corticale, plus dense et plus opaque à cause de l'étroitesse de ces réseaux. »

Autour de ces follicules, il existe un large sinus lymphatique. Ce sinus entoure la moitié environ de la base du follicule; c'est le « sinus lymphatique du follicule », ou sinus lymphatique basilaire. Dans quelques cas d'appendicite, ce sinus peut s'étendre plus loin et entourer complètement le follicule. D'autres fois, il s'oblitére soit par compression, soit par accumulation à son intérieur de corpuscules inflammatoires. Ces sinus lymphatiques des follicules clos se jettent ensuite dans les lymphatiques de la sous-muqueuse.

Arrivés dans la sous-muqueuse, les vaisseaux blancs reçoivent leurs congénères émanés des culs-de-sac des glandes et pénètrent la tunique musculaire à travers les lacunes ou hiatus musculaires, pour venir, sous forme de gros boudins dilatés par places, flexueux, anastomosés

les uns avec les autres, former au-dessous du péritoine un véritable réseau qui s'étend depuis l'origine de l'appendice jusqu'à sa terminaison. Grâce à ces hiatus musculaires, ajoute Lockwood, le tissu péritonéal et le tissu sous-muqueux se continuent l'un avec l'autre.

Ce fait a une grande importance, car c'est là le chemin par où les inflammations nées de la muqueuse gagnent le péritoine. C'est également la voie suivie par les bactéries qui, après avoir ulcéré la muqueuse, gagnent la sous-muqueuse et le péritoine, provoquant parfois des péritonites septiques à formes variées et dangereuses.

Ces données anatomiques sur les origines des lymphatiques de l'appendice semblent admises actuellement, à quelques différences de détail près, par tous les anatomistes.

B. TRAJET DES LYMPHATIQUES

Il n'en est pas de même pour le trajet de ces vaisseaux depuis leur sortie de l'appendice jusqu'à leur abouchement dans les ganglions. Avant 1880, époque où la chirurgie força les anatomistes à étudier en détail la région iléo-appendiculaire, les vaisseaux lymphatiques de l'appendice étaient absolument inconnus. Clado, en 1892 (mémoires et comptes rendus à la Société de Biologie), signale simplement, sans les décrire, trois ou quatre fentes ou vaisseaux complets qui, partant du réseau sous-séreux, se portent vers un ganglion qu'il décrit plus longuement et que nous étudierons plus loin sous le nom de ganglion appendiculaire ou « ganglion de Clado ».

De ces vaisseaux lymphatiques, il a vu, dans un grand nombre de cas, partir une communication évidente avec

les vaisseaux utéro-ovariens par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarien qu'il venait de décrire.

L'année suivante, Lafforgue (« Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du cæcum », *Journal d'Anatomie et de Physiologie*, 1893), reprenant les travaux de Clado, décrivait comme lui de nombreux lymphatiques dans les ligaments appendiculaires et surtout dans le méso. « Chaque paquet vasculaire (artère et veine) est accompagné d'un ou deux lymphatiques, qui s'étendent depuis la base de l'appendice jusqu'à son sommet en suivant le trajet du méso-appendice. Au niveau de la base de ce méso, ces lymphatiques reçoivent quelques vaisseaux venus du cæcum. » Quant aux communications appendiculo-ovariennes décrites par Clado, Lafforgue ne les trouve que 11 fois sur 30.

Piard (*Archives générales de Médecine*, 1896-97), se basant, il est vrai, plus sur des considérations pathologiques que sur des dissections, admet que les lymphatiques issus de l'appendice remontent par l'intermédiaire du méso jusque derrière le cæcum, au niveau où le mésentère forme le repli mésentérico-cæcal.

Barnsby (thèse de Paris, 1897-1898), tout en acceptant dans son ensemble la description de Clado devenue classique, nie tout anastomose entre l'appendice et l'ovaire.

Ferry (thèse de Paris, 1901) partage l'opinion de Barnsby.

MM. Tixier et Viannay (*Lyon Médical*, 20 février 1901), reprenant l'étude des lymphatiques de l'appendice, décrivent, à l'exemple des auteurs précédents, quelques troncs lymphatiques qui, côte à côte avec les artères et les veines, rampent dans les chemins vasculaires du méso-ap-

pendice jusque vers les ganglions dans lesquels ils se terminent.

Toldt (*British Medical Journal*, 1896), Tuffier (*Archives générales de Médecine*, 1887), Brasck (*Ueber intra-abdominal Hernien*, 1895), ont passé sous silence les vaisseaux blancs de l'appendice ou n'ont fait que répéter les conclusions que nous avons citées.

C. GANGLIONS APPENDICULAIRES

La première notion des ganglions où se rendraient les lymphatiques de l'appendice est due à Clado.

Clado (*loc. cit.*) écrit : « Au niveau de la base du méso-appendice, dans l'angle qui sépare l'appendice iléo-cæcal et le cæcum de l'intestin grêle, il existe un petit ganglion que j'appellerai « ganglion appendiculaire »; il est situé entre les deux lames du repli appendiculaire (futur méso-appendice) et peut prendre des proportions considérables, ainsi que j'ai pu l'observer dans plusieurs cas. Ce ganglion est constant, mais cependant il se déplace quelquefois jusqu'à empiéter sur la portion terminale du mésentère et peut être alors considéré comme le dernier des ganglions mésentériques; il reçoit des lymphatiques en grand nombre et se trouve indépendant des ganglions mésentériques. »

Lafforgue (1893) décrit un plus grand nombre de ganglions dans le tissu cellulaire du méso-appendice. « Il existe, dit ce dernier auteur, des ganglions en nombre variable, mêlés aux fibres musculaires lisses et au tissu cellulo-grasieux abondant du méso. » Dans 18,5 p. 100 des cas, il n'existe qu'un seul ganglion, deux ganglions dans les 3,5 p. 100 des cas, trois dans les 2 p. 100 des cas, quatre dans les 3 p. 100 des cas.

Dans les trois quarts des cas, il n'existerait aucun ganglion; les vaisseaux blancs de l'appendice iraient directement se jeter dans les glandes mésentériques.

Piard (Des suppurations éloignées dans l'appendicite, *Archives générales de Médecine*, 1896) cite, sans paraître y attacher une importance bien considérable, des ganglions en nombre variable formant un petit groupe à la face postérieure du cæcum; mais il ne parle pas des ganglions du méso-appendice.

MM. Tixier et Viannay (Lyon, 1901) ont fait une étude très approfondie des ganglions, et c'est à leur travail que nous emprunterons la description des ganglions appendiculaires.

Leurs résultats sont basés sur :

a) L'examen minutieux de 30 appendices normaux de fœtus et d'adultes;

b) Leur injection au mercure et à la solution de bleu de Prusse soluble de Rousier;

c) L'examen d'un certain nombre de pièces pathologiques recueillies au hasard des autopsies : appendicite aiguë ou chronique, tuberculose appendiculo-cæcale, toutes affections qui retentissent sur les ganglions et les rendent plus apparents. Les ganglions sont de nombre et de situation généralement assez variables. Néanmoins, il semble que toutes les dispositions individuelles peuvent se ramener à un certain nombre de groupements ganglionnaires typiques.

I. *Nombre de ganglions.* — MM. Tixier et Viannay ont trouvé :

Un seul ganglion dans les	20	°/°	des cas
Deux	—	—	10 °/° —
Trois	—	—	8 °/° —
Quatre	—	—	4 °/° —
Cinq	—	—	2 °/° —
Six	—	—	2 °/° —
Sept	—	—	2 °/° —
Huit	—	—	2 °/° —

Enfin, dans les 46 p. 100, il n'existait pas de ganglions dans le méso-appendice.

II. *Situation.* — La situation de ces ganglions est tout aussi variable. On peut trouver des ganglions dans toute l'étendue du méso-appendice, mais ils se groupent plus volontiers au niveau de la base. Le point où se trouvent le plus souvent des ganglions siège au niveau de la base du méso-appendice, sous la fin de l'iléon, plutôt loin que près du cæcum, à l'endroit où le méso-appendice se continue avec la fin du mésentère. C'est, en somme, mais non absolument, la situation assignée par Clado à son « ganglion appendiculaire ». Sur les 50 cas examinés, cette disposition a été notée 18 fois (36 p. 100 des cas), mais il n'y a pas toujours un ganglion unique. La description de Clado, c'est-à-dire un seul ganglion, s'est trouvée vérifiée 17 fois seulement (22 p. 100 des cas); 5 fois (10 p. 100 des cas) il y avait deux ganglions au lieu d'un seul, le plus souvent situés côte à côte, ordinairement un gros et un petit. Enfin, dans 2 cas, il existait en ce point un groupe ganglionnaire formé une fois de quatre, l'autre fois de dix ganglions accolés, et séparés par un notable intervalle des ganglions mésentériques.

Six fois (12 p. 100) il existait, suivant la description de Lafforgue, des ganglions disséminés dans le méso-ap-

pendice. Trois fois il y en avait un seul situé à la partie moyenne du méso-appendice, loin de sa base. Deux fois il y en avait quatre, une fois enfin il y en avait huit.

Le siège de ces ganglions n'avait rien de fixe; en général, ils étaient situés au contact de l'appendice, le long de son hile. Une fois seulement il en existait un tout près du bord libre de l'appendice, au contact de l'artère appendiculaire.

Dans sept cas (14 p. 100 des cas) MM. Tixier et Viannay ont rencontré un groupement ganglionnaire spécial, non décrit jusqu'ici et qui paraît pourtant avoir une certaine importance. Ce groupe, que MM. Tixier et Viannay appellent : « groupe cæco-appendiculaire », est situé dans le méso-appendice, contre le cæcum et l'appendice, dans l'angle aigu ou obtus, suivant les cas, que forme l'appendice avec le bord interne du cæcum. Les ganglions de ce groupe se continuent avec la chaîne des ganglions de la face postéro-interne du cæcum et, par leur intermédiaire, avec les ganglions méso-coliques.

Leur nombre est variable :

Une fois il existait deux ganglions

—	—	trois	—
—	—	quatre	—
—	—	cinq	—

Enfin, dans un cas unique, il existait un ganglion dans l'épaisseur du ligament appendiculo-ovarien de Clado, au point où le repli péritonéal se sépare du méso-appendice. Ce ganglion est vraisemblablement un relai placé sur le trajet des lymphatiques de l'appendice qui, par le ligament appendiculo-ovarien ou iléo-ovarien de Durand (*Progrès Médical*, 1895), entrent en communication avec les lymphatiques de l'utérus et de l'ovaire.

En résumé, l'appareil ganglionnaire est compris tout entier dans l'épaisseur du méso-appendice. Or, ce méso, malgré les assertions de Jonnesco et Juvana, a une forme plutôt triangulaire que quadrangulaire. Ses trois angles se trouvent, l'un au voisinage de la pointe de l'appendice, le second dans l'angle rentrant formé par le bord interne du cæcum et de l'appendice, le troisième enfin sous l'iléon ou plutôt derrière lui, où le méso-appendice se continue avec le mésentère. Les ganglions de l'appendice se trouvent surtout au niveau de ces deux derniers angles; ils y forment trois groupes distincts :

1° Groupe iléo-appendiculaire, dont le siège correspond à peu près au ganglion de Clado;

2° Groupe cæco-appendiculaire de MM. Tixier et Vianay, situé dans l'angle supéro-externe du méso;

3° Enfin, le groupe méso-appendiculaire, disséminé dans l'épaisseur du méso. Les ganglions y sont moins nombreux que dans les deux autres. Telle est la disposition que présente les ganglions de l'appendice lorsqu'ils existent.

Ces trois groupes ganglionnaires ne coexistent que très rarement; le plus souvent il n'en existe que deux, parfois un seul. Enfin, dans les 46 p. 100 des cas, il n'existe pas de ganglions.

D. VAISSEAUX EFFÉRENTS ET VOIES D'ÉCHAPPEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Nous venons de voir que les lymphatiques appendiculaires se dirigeaient et se terminaient (dans les 54 p. 100) dans trois groupes ganglionnaires :

. Groupe iléo-appendiculaire;

Groupe cæco-appendiculaire;

Groupe méso-appendiculaire.

Mais ces ganglions ne servent que de transition entre les lymphatiques appendiculaires et d'autres ganglions situés plus haut. En d'autres termes, il existe des voies de communication du système lymphatique appendiculaire avec les systèmes voisins.

1° En dehors même des ganglions, quand ceux-ci existent, les lymphatiques appendiculaires communiquent avec les lymphatiques cæcaux par des anastomoses qui ont déjà été décrites par Lafforgue.

MM. Tixier et Viannay ont mis en évidence, dans un cas (*Lyon Médical*, 1901), un gros vaisseau cæcal sous-séreux qui descendait sur la racine de l'appendice et s'engageait ensuite dans le méso. Ces auteurs prétendent même que les anastomoses entre les réseaux lymphatiques du cæcum et celles de l'appendice sont fréquentes et nombreuses, sinon constantes. Quand il existe des ganglions, les faits sont plus complexes, mais ils ne sont pas changés dans leur essence. La circulation lymphatique de l'appendice est toujours en communication avec la circulation des organes voisins.

Clado, le premier, avait signalé des anastomoses unissant le ganglion qui porte son nom aux ganglions mésentériques.

En 1896, Piard signala des lymphatiques nombreux, mais inconstants, se dirigeant vers la face postérieure du cæcum. Il y avait, à ce niveau, dit ce même auteur, un petit groupe ganglionnaire recevant les lymphatiques appendiculaires. Mais ces anastomoses par la voie du méso-cæcum n'auraient rien de constant et constitueraient sim-

plement des possibilités anatomiques fréquemment réalisées. En 1900, Lockwood (Note upon the lymphatic of the vermiform appendix, *Journal of Anatomy and Physiology*), ayant trouvé une chaîne de ganglions enflammés le long du bord interne du côlon, derrière le méso-côlon ascendant, arrive à cette conclusion que c'est là la principale voie suivie par les lymphatiques de l'appendice; mais il admet d'autres voies.

D'après ce même auteur, certains lymphatiques se jetteraient dans les ganglions mésentériques, d'autres gangneraient les ganglions de la fosse iliaque échelonnés le long de l'artère iliaque externe; enfin, certains suivraient le ligament appendiculo-ovarien pour se rendre dans le ligament large du côté droit et dans les ganglions de la paroi latérale du bassin avoisinant l'artère iliaque interne.

MM. Tixier et Viannay ont, en outre, précisé les relations respectives de chacun des groupes ganglionnaires péri-appendiculaires et ont montré qu'il existait, pour chacun d'eux, une voie d'échappement spéciale. Les ganglions du groupe iléo-appendiculaire qui reçoivent les lymphatiques du versant iléo-mésentérique de l'appendice vont se déverser dans les ganglions mésentériques.

Ceux du groupe cæco-appendiculaire qui reçoivent les lymphatiques du versant cæcal donnent naissance à des vaisseaux efférents qui se terminent dans les ganglions du méso-cæcum ou du méso-côlon ascendant.

Quant aux ganglions du groupe méso-appendiculaire, nous avons déjà vu qu'ils existent; ils vont se déverser soit dans les ganglions mésentériques, soit dans ceux du méso-cæcum.

« Ainsi, l'appendice vermiculaire à double insertion, cæcale par sa racine propre, iléale par son méso, partage sa circulation lymphatique en deux courants, qui se dirigent, l'un vers le cæcum et les ganglions méso-coliques. l'autre vers l'iléon et les ganglions mésentériques. »

TIXIER et VIANNAY.

Poirier et Cunéo (édition 1909) décrivent des ganglions appendiculaires :

- 1° Rétro-iléaux;
- 2° Sous-iléaux;
- 3° Juxta-væcaux.

Testut, dans son *Traité d'anatomie humaine* (éd. 1912), décrit des ganglions cæcaux antérieurs et postérieurs.

Les lymphatiques efférents des ganglions appendiculaires aboutissent, comme pour les lymphatiques antérieurs et les lymphatiques postérieurs, au groupe des ganglions iléo-cæcaux, qui devient ainsi l'aboutissant commun de tous les lymphatiques du cæcum.

ÉTIOLOGIE ET PATHOLOGIE

Les adénites suppurées péri-appendiculaires peuvent se rencontrer dans les diverses infections aiguës de l'appendice dues au coli-bacille, au streptocoque, au staphylocoque. Les chirurgiens qui recherchent systématiquement l'adénite dans les inflammations de l'appendice conviennent que cette lésion est en somme peu fréquente; nous voulons parler de l'adénite suppurée, car l'engorgement ganglionnaire : l'adénopathie appendiculaire, a été plus souvent observée.

Les adénites suppurées péri-appendiculaires sont surtout le partage des lésions subaiguës ou chroniques de l'appendice et du cæcum; en effet, les inflammations suraiguës de l'appendice ont peu de tendance à déterminer des réactions ganglionnaires; elles n'ont pas le temps de le faire, « elles brûlent les étapes », suivant l'expression devenue classique, sans s'arrêter aux relais ganglionnaires. Nous n'avons vu signaler aucun cas d'adénite dans les appendicites aiguës avec accidents péritonéaux graves, de même que dans les appendicites ganglionnaires à évolution rapide.

C'est dans les cas subaigus, à marche traînante, souvent accompagnés de poussées de récurrence, que la présence de ganglions suppurés autour de l'appendice a été constatée.

Nous ne croyons pas que, pour expliquer cette rareté de l'adénite appendiculaire, on puisse invoquer une différence de microbes, car, dans les cas examinés au point de vue bactériologique, on a rencontré les micro-organismes divers : streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, bacille de Koch; mais aucun d'eux n'a paru constant. Peut-être faudrait-il attacher une plus grande importance aux toxines microbiennes; les unes, nécrosantes, produiraient rapidement la perforation de l'appendice et du péritoine, sans donner aux ganglions le temps de réagir; les autres, moins virulentes, auraient des propriétés inflammatoires plus marquées et provoqueraient une réaction plus vive de la part des lymphatiques et surtout des ganglions.

Les adénites suppurées péri-appendiculaires coexistent surtout avec les lésions tuberculeuses :

- 1° De l'appendice;
- 2° Du cæcum;
- 3° De la région iléo-væcale;
- 4° Des annexes droites.

Cela se comprend facilement, car l'appendice est, avec le cæcum (qui se trouve placé dans des conditions analogues), le point de localisation le plus habituel de la tuberculose de l'intestin : quant à la tuberculose anxielle, elle est très fréquente chez la femme.

Il existe une tuberculose primitive des ganglions péri-appendiculaires, comme il existe une tuberculose primitive des ganglions mésentériques. On trouve des ganglions péri-appendiculaires caséeux avec :

- 1° Intégrité actuelle de l'appendice, du cæcum et de la

région iléo-cæcale; aucune lésion pathologique n'étant constatée à l'examen microscopique;

2° Des lésions banales de folliculite et de périfolliculite;

3° Des lésions tuberculeuses caractéristiques plus ou moins avancées.

Il y a, en effet, des adénites péri-appendiculaires qui deviennent la lésion principale, alors que la lésion appendiculaire qui en est l'origine s'est immobilisée dans son évolution; ce sont surtout ces adénites qui vont produire des suppurations dans les tissus voisins. L'histoire des adénites scrofulo-tuberculeuses cervicales et médiastines nous en fournit des exemples semblables. Il suffit parfois qu'un organe soit atteint l'une lésion tuberculeuse en apparence insignifiante pour qu'une explosion de tuberculose ganglionnaire atteigne les ganglions lymphatiques voisins ou éloignés. Certaines végétations adénoïdes, certaines lésions amygdaliennes étudiées par Dieulafoy sous le nom de « tuberculose larvée », des amygdales peuvent susciter des adénites scrofulo-tuberculeuses cervicales, devenir des adéno-phlegmons, qui, par leur importance, attirent sur eux l'attention, tandis que la lésion génératrice s'immobilise dans son évolution ou passe inaperçue.

L'appendice, comme l'amygdale, est une formation lymphoïde, une sorte de ganglion lymphatique en surface; dans les appendicites, comme dans les amygdalites, l'inflammation est également susceptible de donner des poussées ganglionnaires.

L'adénite des ganglions péri-appendiculaires peut être

d'origine cavitaire, d'origine profonde, ou bien elle reconnaît pour cause une infection générale.

L'adénite est d'origine cavitaire quand elle est due à des lésions qui siègent sur les tuniques du cæcum ou de l'appendice.

Elle est d'origine profonde quand elle peut résulter de lésions annexielles.

Elle reconnaît pour cause une infection générale quand elle est due à la diffusion des germes infectieux de l'organisme, sans qu'on puisse trouver une lésion des organes voisins qui puisse expliquer l'affection ganglionnaire.

L'adénite suppurée appendiculaire peut se manifester même après l'ablation de l'appendice, car les lésions ganglionnaires continuent à évoluer; on opère le malade de son appendicite, il paraît guéri, quand, bientôt, de nouveaux accidents très graves se reproduisent, ou fait une nouvelle intervention, et l'on trouve les ganglions du méso-appendice tuméfiés, augmentés de volume, en voie de suppuration. Dans ce cas, on constate toujours, dans les ganglions, les mêmes espèces microbiennes trouvées dans l'appendice au moment de son ablation.

L'adénite péri-appendiculaire d'origine profonde résulte de lésions annexielles; certains anatomistes nient les rapports des lymphatiques de ces deux organes. Trop souvent, chez la femme, l'appendicite est liée à une annexite pour qu'il n'y ait là qu'une coïncidence; d'après Barnsby et certains auteurs, il n'y aurait pas d'infection par continuité à la faveur d'anastomoses normales, mais infection par contiguïté à la faveur d'un réseau lymphatique de nouvelle formation. Des adhérences se forment,

par exemple, entre un pyo-salpinx et un appendice sain; ces néo-membranes de péritonite plastique s'organisent, elles ne tardent pas, comme le dit Pozzi, se basant sur les recherches de Poirier, à contenir des vaisseaux et une atmosphère péri-vasculaire à travers laquelle les microbes peuvent passer librement. Le lien qui rattache l'un à l'autre ces deux affections est alors établi; le processus de cette infection consisterait donc dans la formation de néo-membranes et, par leur intermédiaire, de néo-anastomoses lymphatiques; ces deux actes successifs seraient nécessaires à une infection ultérieure de l'appendice et des ganglions péri-appendiculaires.

L'adénite suppurée péri-appendiculaire peut avoir pour cause une infection générale; on ne peut trouver, dans les organes voisins, des lésions qui puissent être accusées d'être la cause de l'adénopathie; parmi ces infections générales, nous citerons au premier rang la tuberculose. L'hérédité joue un grand rôle; les malades ont des antécédents tuberculeux dans leur famille, ou seront eux-mêmes des tuberculeux pulmonaires. L'adénite péri-appendiculaire est, pour eux, la façon de répondre à cette hérédité presque fatale; les ganglions de leur appendice offraient sans doute un lieu de moindre résistance; car, peut-être, étaient-ils déjà touchés par l'infection. Dans la plupart des cas, on trouve quelques lésions appendiculaires, très légères en vérité, mais suffisantes pour mettre les ganglions correspondants dans un état défavorable à la lutte contre le bacille de Koch, toujours à l'affût d'un endroit où il puisse se développer dans un organisme où l'hérédité l'appelle d'une façon spéciale.

Les bacilles sont ainsi conduits jusqu'au niveau des

ganglions où ils colonisent; le système du ganglion lymphatique constitue une véritable barrière à l'infection, capable d'arrêter l'envahissement microbien, soit un certain temps, soit d'une façon définitive. Comme le ganglion est un puissant organe de défense, la réaction est vive, et c'est cette réaction à laquelle prennent part tous les éléments du ganglion (cellules endothéliales, vaisseaux, globules blancs) qui constitue l'adénite; le ganglion est d'abord un centre bactéricide; mais si, sous l'influence d'un état général, la phagocytose intra-glandulaire vient à être considérablement diminuée, ce centre bactéricide se transforme en un terrain de réceptivité constituant un milieu de culture favorable. Engorgement et suppuration. voilà les deux stades de l'inflammation ganglionnaire; au premier stade, le ganglion est gros, ferme, d'un rouge brun à la coupe; si l'adénite suppure, l'infection se propage à la zone cellulaire péri-ganglionnaire. Le ganglion et la zone cellulaire qui l'entoure adhèrent, forment une seule masse et la suppuration est le plus souvent intra et péri-ganglionnaire; en même temps, l'adéno-phlegmon est constitué.

Mais, pour que le bacille de Koch emprunte la voie des lymphatiques et vienne coloniser au niveau des ganglions, il n'est pas nécessaire que la lésion tuberculeuse ait été considérable à la porte d'entrée. La lésion peut être imperceptible, elle peut être nulle, certaines muqueuses se laissent traverser tout en restant indemnes; Valude en a donné la preuve au niveau de la conjonctive. Nous nous trouvons alors en présence de tuberculoses ganglionnaires primitives en apparence et en apparence paradoxales: la chose s'explique cependant facilement par une érosion

muqueuse très minime ou même par la simple migration à travers une muqueuse de microbes introduits. Dobroklousky a démontré que les bacilles tuberculeux peuvent traverser une paroi intestinale saine. Parot avait établi depuis longtemps l'existence de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques sans tuberculose appréciable du poumon; la même constatation a été souvent faite en matière de tuberculose des ganglions mésentériques avec intégrité absolue du tractus intestinal. On a pu reproduire ces tuberculoses mésentériques en nourrissant des porcs avec des produits tuberculeux sans qu'on trouve aucune lésion appréciable; il existe, dans le mésentère, d'énormes adénites. Les tuberculoses ganglionnaires péri-appendiculaires méritent donc bien, dans des conditions semblables, de rentrer dans le cas des tuberculoses primitives. Les adénites tuberculeuses de l'aîne, du cou, s'expliquent de la même façon.

Il est cependant important de remarquer qu'on ne peut cliniquement et opératoirement conclure à une adénite iléo-cæcale primitive que quand on a pu constater par l'examen surtout microscopique de l'appendice, de l'iléon terminal et du cæcum que ces organes sont absolument indemnes de toute lésion tuberculeuse, même minime.

Prenons un exemple : un individu a été opéré pour des accidents ressemblant à ceux d'une appendicite, on a enlevé l'appendice et des ganglions qui paraissaient très malades à côté d'un iléon terminal et d'un cæcum qui paraissaient sains « à l'œil et au doigt »; l'examen histologique a été pratiqué, qui n'a pas décelé de tuberculose appendiculaire, mais seulement une tuberculose ganglionnaire. Va-t-on conclure à la tuberculose primitive

des ganglions ? on ne le peut, parce que l'examen de la muqueuse de l'iléon et du cæcum n'a pas été pratiqué et que cette membrane peut être atteinte de lésions importantes que le seul examen extérieur « à l'œil et au doigt » ne saurait révéler dans beaucoup de cas. En revanche, l'adénite péri-appendiculaire (iléo-cæcale) primitive est bien démontrée dans des faits comme celui de Routier et celui de Vautrin; dans le premier, il s'agissait d'un homme de 42 ans qui avait eu plusieurs crises qualifiées « d'appendicite » et chez qui l'appendice avait été enlevé opératoirement, ainsi que quatre ganglions, dont trois étaient caséeux. L'appendice, examiné après l'opération, était indemne de lésions tuberculeuses, tandis que les ganglions en présentaient de volumineuses; le malade ayant succombé quelque temps après, l'autopsie avait été faite et l'examen du segment iléo-cæcal et de sa muqueuse n'avait pas révélé de lésions tuberculeuses. Il s'agissait donc bien d'une adénite péri-appendiculaire primitive.

Dans le cas de Vautrin, le segment iléo-cæcal tout entier et son appendice avaient été extirpés en même temps qu'une volumineuse masse ganglionnaire qui entourait l'iléon terminal et le cæcum qu'on croyait atteint. L'examen histologique, pratiqué après l'opération, ne décela pas de tuberculose dans ces deux derniers organes, ni dans l'appendice; les ganglions seuls étaient tuberculeux. Une observation tout à fait semblable à celle de Vautrin a été publiée par Mäthle de Tubingen, et cet auteur a pu rassembler 14 faits du même ordre. M. le professeur agrégé Patel (de Lyon), qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, nous a communiqué une observation identique aux précédentes et qui est exposée entièrement au chapitre « observations ».

Les adénopathies primitives de l'importance de ces dernières sont relativement rares chez l'homme; nous ne connaissons pas leur fréquence relative dans les autres espèces; cependant, voici figurée à titre de document, une pièce de tuberculose ganglionnaire iléo-cæcale sans lésions intestinales de développement spontané, rencontrée par Alglave sur un chien qu'il avait soumis à une expérience d'anastomose intestinale. L'intestin tout entier est indemne de tuberculose, et de nombreuses coupes, pratiquées dans la région iléo-cæcale, y ont montré l'absence de toute lésion de la muqueuse; on trouve seulement, dans l'angle iléo-cæcal, deux énormes ganglions un peu ramollis, où les bacilles tuberculeux pullulent. A ces faits expérimentaux d'adénopathie iléo-cæcale primitive viennent, aujourd'hui, s'ajouter, en ce qui concerne la région péri-appendiculaire, des faits anatomiques et cliniques très démonstratifs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les caractères anatomo-pathologiques varient suivant qu'il s'agit d'une adénite suppurée en rapport avec une infection subaiguë ou chronique de l'appendice, ou d'une adénite suppurée en rapport avec une lésion tuberculeuse de l'appendice, du cæcum et de la région iléo-cæcale. Nous mettrons en parallèle les lésions des organes et les lésions ganglionnaires concomitantes.

A. INFECTION SUBAIGUË OU CHRONIQUE DE L'APPENDICE A : COLI-BACILLE, STREPTOCOQUE, STAPHYLOCOQUE

1° *Lésions de l'appendice*. — L'appendice est en état de turgescence, il apparaît rigide, avec un réseau vasculaire injecté; au toucher, on a la sensation d'une tige ferme, ou plus ou moins bosselée. A la coupe, le canal appendiculaire renferme un liquide louche et même purulent; la muqueuse est épaissie sur toute son étendue et présente une sorte d'œdème avec un piqueté hémorragique, les parois sont infiltrées de cellules embryonnaires et de bactéries pathogènes. Le système lymphatique est pris tout entier avec ses sinus et ses canaux, du chorion, de la sous-muqueuse, des couches musculaires, du péritoine et du méso; très rapidement, les ganglions du méso

sont contaminés; ils sont hypertrophiés et en voie de suppuration.

2° *Etat des ganglions.* — Le ganglion est augmenté de volume, il est d'abord rouge brun et ferme, mais il ne tarde pas à se ramollir, il devient violacé et friable; si on le coupe, on aperçoit tantôt des foyers grisâtres disséminés et de petites vacuoles purulentes, dues à la dégénérescence des leucocytes polynucléaires qui viennent envahir le système lymphatique ganglionnaire. Sur le bord des vacuoles purulentes, on peut observer un détritux granuleux provenant du stroma réticulé; quelquefois, le ganglion présente, dans son intérieur, de véritables cavernes sur les parois desquelles s'accumulent les bacilles pyogènes. Le ganglion peut être réduit à une coque fibreuse d'où partent des tractus irréguliers, derniers vestiges des travées conjectives qui baignent dans le pus. L'adénite suppurée s'accompagne alors presque toujours de péri-adénite causée par la dissémination des éléments microbiens dans le tissu cellulaire péri-ganglionnaire. La suppuration péri et intra-ganglionnaire persistant, on a un adéno-phlegmon. Le contenu de l'appendice, examiné, contient du coli-bacille et du streptocoque et, une parcelle prise au centre ramolli des ganglions et cultivée sur gélose, donne du coli-bacille et du streptocoque.

B. LÉSIONS TUBERCULEUSES

Lésions du segment iléo-cæcal. — Le segment iléo-cæcal est un siège d'élection de la tuberculose intestinale qui peut se présenter à ce niveau de l'intestin sous différents aspects.

Forme granulo-ulcéreuse entérique, dans laquelle les granulations et ulcérations tuberculeuses sont limitées aux couches internes de l'intestin; les adénopathies sont la règle avec les ulcérations intestinales. Les ganglions atteints présentent souvent des granulations tuberculeuses visibles à l'œil nu et subissant fréquemment la dégénérescence caséuse à leur centre. Dans les tuberculoses ulcéreuses à marche rapide, ils peuvent devenir énormes et suppurés (Girode). Il y a toutefois des cas où la réaction ganglionnaire est très minime, où les ganglions paraissent sains et où le microscope y révèle des lésions spécifiques. Il y en a enfin où toute lésion spécifique fait défaut, même au microscope, et où le ganglion est chargé de bacilles qui y vivent à l'état latent (Brouardel). Dans la tuberculose granulo-ulcéreuse iléo-cæcale, ce sont surtout les ganglions iléo-cæcaux qui sont intéressés, mais on peut trouver des adénopathies à distance jusque dans les régions pancréatique et sous-hépatique.

Forme entéro-péritonéale (Bérard et Patel) ulcéro-caséuse, et suppurative, où les lésions élémentaires sont plus massives que dans la précédente et intéressent le péritoine de revêtement de l'intestin en même temps que les couches internes. C'est la variété avec laquelle on observe plus particulièrement les foyers caséux, les ulcérations profondes, les abcès, les perforations intestinales, les fistules purulentes ou pyo-stercorales.

Etat des ganglions. — Dans la variété entéro-péritonéale, les ganglions iléo-cæcaux sont habituellement très atteints, formant, dans l'angle iléo-colique, une masse qui peut atteindre un gros volume. Leur centre peut être

ramolli et caséeux où même suppuré. Autour d'eux, le mésentère est souvent épaissi et chargé de trainées lymphangitiques; ces lésions ganglionnaires, en s'ajoutant aux lésions et aux adhérences épiploïques et intestinales qui apparaissent habituellement autour de celles-ci, forment souvent une masse qui, à la palpation, donne l'impression d'une masse plus ou moins mal délimitée.

Forme fibro-adipeuse ou hypertrophique. — Dans la forme fibro-adipeuse ou hypertrophique, forme essentiellement chronique, les lésions macroscopiques que crée la tuberculose sont assez caractéristiques. Il apparaît autour du segment iléo-cæcal, dans les points envahis, une scléro-adipose tout à fait typique; le tissu scléro-adipeux, manifestation de défense organique, est toujours abondant et dense et forme habituellement, à l'intestin, une gaine épaisse de plusieurs centimètres qui lui adhère intimement. Les lésions microscopiques de la tuberculose fibro-adipeuse iléo-cæcale consistent en :

1° Hypertrophie de la muqueuse avec formation de follicules tuberculeux et infiltration embryonnaire énorme;

2° Hypertrophie de la sous-muqueuse entièrement modifiée dans sa structure par ces mêmes cellules embryonnaires ici encore très abondantes;

3° Epaississement variable de la tunique musculaire, mais toujours assez prononcé; les cellules embryonnaires la traversent en nappe discontinue moins abondante que dans les plans précédents; les fibres lisses prolifèrent; les follicules tuberculeux font défaut;

4° La couche sous-séreuse, hypertrophiée aussi, contient surtout des tubercules se rapprochant des tubercules

massifs à évolution fibreuse, donnant à la paroi la rigidité.

Ces hypertrophies notables de toutes les tuniques expliquent l'hypertrophie manifeste des parois du cæcum, tandis que l'abondance des tubercules dans la sous-séreuse rend compte de la rigidité ligneuse de ces mêmes parois.

Etat des ganglions. — Dans la masse que forme la tumeur, comme dans le voisinage, on trouve des ganglions lymphatiques envahis par la tuberculose. Ils sont plus ou moins hypertrophiés et infiltrés; on en trouve qui atteignent le volume d'un œuf de poule et qui présentent des points ramollis, caséifiés. Si on les coupe, la surface de section présente des îlots jaunâtres, de forme irrégulière, remplis d'une matière semi-liquide ou d'une bouillie grumeleuse constituée par des cellules lymphatiques granuleuses, de grosses cellules endothéliales polynucléaires et des granulations graisseuses. Le tissu conjonctif est hyperplasié autour des îlots en voie de caséification. La diffusion bacillaire péri-ganglionnaire peut déterminer de la lymphangite et de la péri-lymphangite tuberculeuse formant des cordons épais unissant entre eux les ganglions. Au toucher, le ganglion peut être plus ou moins ferme, selon que la coque ganglionnaire est épaisse et fibreuse ou que les foyers caséeux sont petits et disséminés dans le tissu ganglionnaire; le plus souvent, la consistance du ganglion est mollassse, le tissu ganglionnaire est en partie détruit et, à la coupe, on observe, au-dessous d'une coque épaisse de 1 à 2 millimètres, plusieurs vacuoles remplies de parcelles jaunâtres, caséueuses ou une poche à bords festonnés, remplie d'un caséum

épais et jaunâtre; l'aspect des bords étant l'indice de la fusion de plusieurs foyers caséux. Parfois, le caséum est séparé de la poche alvéolaire par un liquide séreux et louche. C'est dans la paroi des alvéoles ou des cavernes intra-ganglionnaires qu'on trouve les bacilles et les tubercules à toutes les périodes de leur évolution. Dans le cas de suppuration des ganglions, le pus est tantôt franchement phlegmoneux, tantôt formé par un liquide grumeleux, jaunâtre, mal lié; c'est un abcès froid ganglionnaire.

Le plus souvent, on a de l'adénite tuberculeuse avec des ganglions caséifiés en leur centre; le volume des abcès ganglionnaires est en général celui d'une noisette ou d'une noix, mais il peut être beaucoup plus considérable. Quand plusieurs ganglions tendent à se ramollir, à s'ulcérer, ils forment en général, par leur coalescence due à la péri-adénite qui les accompagne, une véritable tumeur ganglionnaire tuberculeuse. Les ganglions intéressés sont surtout les ganglions mésentériques placés dans l'angle iléo-cæcal supérieur; parfois, on trouve toute une chaîne ganglionnaire malade, depuis l'angle iléo-cæcal jusqu'à la racine du mésentère. Dans un cas, Pilliet trouva un chapelet de ganglions caséux remontant tout le long de l'aorte jusqu'au pancréas; il y avait aussi des ganglions caséux cæcaux postérieurs.

Forme fibreuse d'emblée, atrophique, sténosante. —

Dans cette forme de la tuberculose du segment iléo-cæcal, les lésions se cantonnent dans les couches muqueuses de l'intestin et surtout de la celluleuse; il y a sclérose sous-muqueuse et, au sein du tissu scléreux, on trouve des tubercules; le tissu scléreux, manifestation de défense,

étouffe plus ou moins ces tubercules et constitue des brides dont la rétraction efface la lumière de l'intestin. Au voisinage de la lésion, on trouve de gros ganglions caséeux en voie de suppuration.

Dans la forme ulcéro-caséuse perforante de la tuberculose iléo-cæcale, on trouve aussi des ganglions suppurés avec péri-adénite.

Dans la forme d'ulcération simple, sténosante ou perforante, on trouve de nombreux ganglions caséeux dont les uns, en voie de suppuration, occupent l'angle iléo-cæcal; dans certains cas, les ganglions du mésentère peuvent présenter des lésions d'adénite tuberculeuse.

Lésions tuberculeuses de l'appendice. — La tuberculose appendiculaire se présente sous des aspects anatomiques comparables à ceux que revêt la tuberculose iléo-cæcale, avec laquelle elle coexiste souvent, et qu'elle peut, suivant les cas, précéder ou suivre. Mais, suivant le degré d'ancienneté des lésions, leur progression plus ou moins accentuée, on trouve tantôt de simples granulations, tantôt une ulcération plus ou moins profonde, tantôt un abcès caséeux intra-pariétal, ou bien encore une perforation appendiculaire dont la conséquence pourra être soit un abcès pyo-stercoral enkysté ou fistulisé, soit une péritonite généralisée. Dans d'autres cas encore, le processus de guérison aura amené de l'hypertrophie, ou bien les lésions auront gagné à des degrés divers les organes voisins et les ganglions.

Etat des ganglions. — Les ganglions sont presque toujours pris dans la tuberculose appendiculaire; dans la forme granulo-ulcéreuse, la lymphangite se traduit par

l'apparition sous la séreuse de troncs blanchâtres noueux qui gagnent d'abord les ganglions du méso-appendice, puis les ganglions iléo-cæcaux et mésentériques. Tous ces ganglions peuvent suppurer; la suppuration péri et intra-ganglionnaire coïncidant, on a un adéno-phlegmon péri-appendiculaire.

C. GANGLIONS CASÉEURS SUPPURÉS AVEC LÉSIONS DIVERSES
DU SEGMENT ILÉO-CÆCAL ET DE L'APPENDICE

- 1° Intégrité actuelle du cæcum et de l'appendice;
- 2° Lésion de folliculite banale;
- 3° Lésions tuberculeuses très discrètes.

Il y a des cas où les ganglions péri-appendiculaires peuvent être pris sans que l'appendice semble être tuberculeux. Cliniquement, le sujet se présente avec tous les symptômes d'une appendicite, on opère et on trouve un appendice peu ou pas malade, mais avec des ganglions énormes déjà ramollis et en voie de suppuration. Le microscope ne montre que des lésions de folliculite banale au niveau de l'appendice; quelquefois on y découvre difficilement un petit follicule tuberculeux. En tout cas, les lésions y sont fort discrètes; tandis qu'elles atteignent leur maximum au niveau des ganglions où l'on trouve des follicules, des cellules géantes, des bacilles.

D. GANGLIONS SUPPURÉS PÉRI-APPENDICULAIRES AVEC LÉSIONS
TUBERCULEUSES DES ANNEXES DROITES

On sait les relations qui existent par l'intermédiaire des voies lymphatiques entre l'appendice et les annexes droites; elles deviennent particulièrement intimes quand

ces organes entrent en contact. Exemple : malade qui présentait de volumineuses lésions tuberculeuses utéro-annexielles avec extension à l'appendice iléo-cæcal, qui adhérait à l'annexe droite et un peu au cæcum; il y avait des ganglions péri-appendiculaires caséeux et suppurés. Ces faits sont toutefois assez rares.

E. ASSOCIATION MICROBIENNE

Le bacille tuberculeux peut s'arrêter dans les ganglions sans déterminer de lésions et y vivre à l'état latent; sa présence n'étant décelable que par l'inoculation; ces adénopathies invisibles latentes n'en seraient pas moins promptes à des éclosions soudaines dans certaines conditions.

Quand, chez un malade à adénite tuberculeuse péri-appendiculaire à forme latente, survient une infection de l'appendice à coli-bacille, à streptocoque ou à staphylocoque, ces microbes vont enflammer à nouveau les ganglions péri-appendiculaires et réchauffer cet abcès froid ganglionnaire; le pus devient phlegmoneux et l'abcès tend à s'ouvrir, la lymphangite inflammatoire va irriter et enflammer le péritoine, péritonite qui se traduit par une crise analogue à celle d'une appendicite.

RAPPORTS DES ADÉNITES PÉRI-APPENDICULAIRES

Les ganglions malades peuvent être en rapports plus ou moins intimes avec l'appendice, le cæcum et l'iléon; parfois même, ils adhèrent assez étroitement à ces organes pour qu'une déchirure de l'intestin soit à craindre quand on entreprend de les extirper. Dans l'observation que nous a communiquée M. le professeur agrégé Patel,

la masse abcédée siégeait dans le méso-appendice et s'était développée aux dépens d'un ganglion contenu dans ce repli péritonéal. L'appendice l'entourait à la façon de l'épididyme entourant le testicule.

L'extirpation des ganglions n'est parfois possible qu'en enlevant en même temps la portion d'intestin à laquelle ils sont accolés. La masse ganglionnaire peut également se trouver en rapport avec l'uretère droit ou la veine cave inférieure. Quant au péritoine environnant, il peut être sain, mais il est souvent intéressé. Dans le cas de Guibal, les ganglions faisaient saillie sous le feuillet antérieur du méso iléo-cæcal, qu'ils repoussaient fortement en avant, mais la séreuse était saine, tandis que, dans l'observation de Massoulard, où les ganglions tendaient à s'énucléer de la séreuse, à laquelle ils n'étaient plus rattachés que par des pédicules, le péritoine était chroniquement enflammé. Parfois même l'adénite entraîne le développement d'une péritonite locale ou diffusé. Cette péritonite peut s'établir par inoculation directe quand un ganglion suppuré s'ouvre à la surface de la séreuse ou même par inoculation de proche en proche. Gérard-Marchant pensait, en effet, que la péritonite tuberculeuse était possible par l'ouverture dans le péritoine d'un ganglion ramolli, et Vautrin croit que la tuberculose péritonéale doit débiter assez souvent par la région iléo-cæcale et que des ganglions déjà malades doivent y participer.

ÉTUDE CLINIQUE — TRAITEMENT

Le tableau clinique des adénites suppurées péri-appendiculaires varie suivant qu'elles évoluent sous une forme chronique ou sous une forme aiguë.

I. *Forme chronique.* — Il peut exister des adénites suppurées péri-appendiculaires ne se manifestant par aucun signe physique; l'exploration attentive de la fosse iliaque ne révèle l'existence d'aucune tuméfaction; la palpation n'est pas douloureuse; ce sont des adénites péri-appendiculaires tuberculeuses qui passent inaperçues, à forme latente, à évolution torpide, véritables abcès froids ganglionnaires. Dans ce cas, il ne saurait être question de diagnostic, et c'est au cours d'une opération qu'on reconnaît leur existence.

D'autres fois, on peut sentir à la palpation une masse plus ou moins tuméfiée, donnant, à la percussion, de la matité, ou au moins de la submatité. La tumeur formée par la masse ganglionnaire peut être trouvée fixe par la palpation, mais elle peut être mobile; ces dernières particularités sont en rapport avec la disposition du méso iléo-colique, qui est long ou nul, et aussi avec les connexions que les ganglions malades ont pu contracter autour d'eux.

Dans l'appendicite vraie, on ne sent pas l'appendice; les muscles de la paroi abdominale sont contractés et opposent, à la palpation, un obstacle infranchissable. Mais, dans l'appendicite chronique, on sent parfois une masse plus ou moins volumineuse due à un appendice très dilaté ou à un abcès collecté et enkysté dans le voisinage. Dans le cas d'adénite péri-appendiculaire à forme chronique, la paroi abdominale est relâchée, puisqu'il n'y a pas de réaction péritonéale.

Mais, s'il ne s'agissait pas d'adénite péri-appendiculaire, quelles sont les affections qui pourraient donner ces signes physiques ? Il s'agirait peut-être :

1° D'épiploïte chronique; mais, à la palpation, on aurait plutôt la sensation d'une masse molle, avec des noyaux assez durs; cette tuméfaction ne serait pas mobile;

2° D'un gros appendice, mobile, en position vicieuse, autour de l'intestin;

3° De diverticulite chronique (situation basse du diverticule de Meckel);

4° D'adénite iliaque (il y aurait des lésions du membre inférieur);

5° D'un calcul de l'uretère;

6° D'une tuberculose très localisée de la valvule iléo-cæcale.

II. *Forme aiguë.* — Le tableau clinique des adénites suppurées péri-appendiculaires est exactement le même que celui de l'appendicite aiguë ou de l'abcès appendiculaire.

Le malade peut être pris subitement de phénomènes péritonéaux, mais généralement le début se fait d'une

manière plus insidieuse, par des douleurs vagues, des troubles digestifs divers, des coliques sourdes semblant venir de la région épigastrique et s'irradiant vers la fosse iliaque droite. Spontanément, ou sous l'influence d'une cause quelconque, ces phénomènes peuvent augmenter d'intensité, la douleur au niveau de la fosse iliaque devient plus vive et mieux localisée, les vomissements apparaissent bientôt, la température s'élève plus ou moins et tout rentre dans l'ordre; cependant la fosse iliaque droite reste toujours un peu sensible à la pression. De nouvelles crises semblables à la précédente se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés jusqu'au jour où une crise plus forte fait décider l'intervention.

Souvent on opère avec la conviction qu'on trouvera un appendice très malade; l'appendice est trouvé indemne de toute lésion, mais il existe de gros ganglions iléo-cæcaux caséeux ou suppurés (Gérard-Marchant, Massoulart, Routier Patel).

Ces ganglions se comportent comme ceux de la région cervicale, sont indolores aux premières phases de leur développement, mais deviennent douloureux à la phase de suppuration, surtout si un élément infectieux secondaire s'y ajoute et les réchauffe.

On peut aussi croire à un abcès appendiculaire, et, lors de l'intervention, après examen macroscopique et microscopique de la masse abcédée, on est obligé de rectifier son diagnostic, un abcès appendiculaire pouvant exister sans ulcération de l'appendice (observation de M. le professeur agrégé Patel). Dans les adénites suppurées péri-appendiculaires, qui coexistent avec des lésions d'appendicite banale, comme dans un cas de Guibal, soit même

avec des lésions d'appendicite banale, auprès desquelles on trouve des lésions très minimes ou microscopiques, comme dans un cas de Lecène; les symptômes observés sont ceux d'une appendicite, et c'est pour elle qu'on intervient; les ganglions attirent seulement l'attention au cours de l'opération.

Quand l'adénite suppurée péri-appendiculaire est secondaire à une appendicite tuberculeuse, c'est l'intervention pour la lésion appendiculaire qui fait découvrir l'adénite.

Avec les symptômes que présentent les adénites suppurées péri-appendiculaires à forme aiguë, on peut, au point de vue du diagnostic différentiel, faire les hypothèses suivantes :

- 1° Abscès appendiculaire;
- 2° Adénite iliaque suppurée;
- 3° Abscès d'origine cæcale.

Traitement. — L'adénite suppurée péri-appendiculaire est le plus souvent secondaire; l'extirpation des ganglions malades peut être alors pratiquée en même temps que celle des lésions primitives qui existent sur le segment iléo-cæcal ou l'appendice, si ces derniers sont extirpables. Mais l'adénite suppurée péri-appendiculaire peut paraître primitive et l'intervention se borner à l'ablation des ganglions iléo-cæcaux seulement. Cependant, la plupart des opérateurs qui ont eu à intervenir dans des cas semblables ont enlevé l'appendice en même temps que les ganglions, car les symptômes observés avaient généralement fait penser à l'appendicite. Ce n'est que l'examen histologique qui montra que l'appendice était sain, tandis que les ganglions étaient très malades (observation de

Gérard-Marchant, Routier, Vautrin, Guibal, Massoulard, Patel).

Il n'est, d'ailleurs, pas impossible de savoir, au moment de l'intervention, si l'adénite est ou non primitive; cette question ne pouvant être tranchée que par l'examen microscopique de l'appendice et l'examen direct de la face interne de l'iléon et du cæcum, où peuvent exister des ulcérations qu'on ne peut pressentir par l'examen de la face externe de ces organes.

Il peut arriver que les ganglions malades soient tellement adhérents au cæcum, qu'on soit amené, pour les extirper, à réséquer en même temps le segment iléo-cæcal (observation de Michaux).

Enfin, dans un cas de Vautrin, la fusion des ganglions suppurés et de l'anse iléo-væcale était telle, que ce chirurgien crut avoir affaire à une tumeur tuberculeuse de cette dernière et l'extirpa en bloc avec la masse ganglionnaire; l'examen histologique seul montra la vérité.

En résumé, dans tous les cas, l'extirpation des ganglions suppurés s'impose si on a affaire à une tuberculose iléo-cæcale; après avoir réséqué le cæcum et une plus ou moins grande étendue du côlon ascendant, on termine l'opération par l'anastomose iléo-sigmoïdienne, tous les ganglions trouvés sont enlevés en même temps; on fait de même au cours d'une appendicectomie, de façon à supprimer tout foyer septique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé PATEL.

Tuberculose pulmonaire ancienne en évolution, douleur abdominale brusque dans la fosse iliaque droite, quatre jours après, signes d'abcès appendiculaire.

OPÉRATION. — *Incision de Roux; adénite suppurée du méso-appendice, extirpation de l'appendice avec la collection suppurée, mort douze jours après, de généralisation tuberculeuse.*

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Appendice presque sain, sans lésions spécifiques, ganglion tuberculeux.*

H. R..., âgé de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 28 juin, dans l'après-midi (service de porte), avec des signes de collection appendiculaire ayant débuté six jours avant. Ce malade présente, depuis de nombreuses années, des lésions tuberculeuses pulmonaires peu avancées, celles-ci se sont cependant accusées ces derniers temps et le malade se trouve au sanatorium d'Hauteville en traitement depuis deux mois.

Pendant son séjour au sanatorium, la température moyenne était 37°2 le matin, 37°8 le soir, avec des lésions pulmonaires discrètes; cependant, depuis le début du mois de mai 1912, la température du soir s'était élevée à 38°. Le 9 mai, elle atteignait 38° le matin et 38°9 le soir; cet accès fébrile ne s'était accompagné d'aucune douleur abdominale, du reste, le malade n'a jamais présenté de phénomènes

d'entérite tuberculeuse confirmée. Le 20 juin, la température était de 37°5; douleur abdominale brusque dans la fosse iliaque droite, phénomènes péritonéaux; le soir, 38°6.

	Le matin	Le soir
Le 21 juin la température était....	37°9	38°6
Le 22 — — —	38°1	39°2
Le 23 — — —	38°5	38°5

Les signes de collection appendiculaire se précisent si bien que le malade est envoyé le 23 juin à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A son entrée, le malade se présente avec un état général mauvais en apparence, la figure amaigrie, les yeux brillants, la température est : 38°7; les phénomènes péritonéaux se sont amendés, plus de vomissements, diarrhée discrète; le malade est resté avec de la glace sur le ventre et à la diète.

A l'examen : abdomen un peu météorisé, mobile dans les mouvements de la respiration, pas de mouvements péristaltiques de l'intestin.

A la palpation : souplesse relative, sauf dans la fosse iliaque droite où l'on sent une forte résistance, on a l'impression d'une collection suppurée d'origine appendiculaire, submatité légère en ce point, rien au toucher rectal. Le pouls est plein, en rapport avec la température.

Le diagnostic de suppuration appendiculaire est posé, une intervention d'urgence est décidée.

Opération. — Le 25 juin 1912, anesthésie légère à l'éther, incision de Roux, œdème des différents plans musculaires. A l'ouverture du péritoine, la séreuse se montre lisse, un peu lavée, vascularisée; la grande cavité péritonéale est libre sans adhérences, exsudation légère à l'intérieur. Le doigt plongé dans la cavité péritonéale rencontre aussitôt une tuméfaction du volume d'une mandarine; elle est facilement amenée à l'extérieur; on se rend compte alors qu'elle est appendue au cæcum par un pédicule qui n'est autre que l'appendice. Celui-ci, macroscopiquement sain, contourne

la tumeur sur sa face externe, et la tuméfaction siège dans le méso-appendice. Quoique fluctuante et manifestement suppurée, cette tuméfaction n'est pas incisée, mais enlevée en masse après section du méso-appendice et de l'appendice, enfouissement classique du moignon appendiculaire; une inspection rapide de la cavité abdominale montre que celle-ci est libre, sans granulations tuberculeuses. La partie du cæcum et de l'iléon, facilement explorable, paraît indemne; fermeture de la paroi abdominale.

Suites opératoires :

	Le matin	Le soir
Le 24 juin la température était....	38°4	38°8
Le 25 — — —	39°1	39°5
Le 26 — — —	39°	39°

L'état général semble s'améliorer, aucun accident local :

	Le matin	Le soir
Le 27 juin la température était....	38°2	38°6

Le malade est allé du ventre, depuis, l'état général s'est aggravé, il a présenté des phénomènes pulmonaires plus accusés, dyspnée progressive, cyanose, etc.

Il est mort le 5 juillet, ayant eu depuis cinq jours des températures de 40° à 40°5 avec tous les signes de granulie; aucun signe abdominal; l'autopsie n'a pu être faite.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée est formée par une masse du volume d'une mandarine, régulière, fluctuante, contenant un pus séreux, mal lié, analogue à celui des abcès froids. La tuméfaction siège dans le méso-appendice et paraît s'être développée aux dépens d'un ganglion contenu dans ce repli péritonéal. L'appendice l'entoure à la façon de l'épididyme entourant le testicule; celui-ci, fendu suivant toute sa longueur, est un peu vascularisé, macroscopiquement indemne, pas d'abcès pariétal, pas de pertuis conduisant soit à l'extérieur, soit à l'intérieur du ganglion.

L'examen des coupes histologiques, dû à l'obligeance de M. Horand, chef de laboratoire de la Clinique chirurgicale

du professeur Jaboulay, a permis de faire les constatations suivantes :

1° L'appendice iléo-cœcal présente des signes d'inflammation légère; la muqueuse et les glandes sont intactes, la musculature est indemne, ainsi que la séreuse péritonéale; en aucun point il n'existe de traces d'abcès pariétal et de lésions tuberculeuses.

La zone de transition de l'appendice et du méso-appendice examinée très attentivement ne présente aucune lésion particulière. « *En somme, l'appendice est sain.* »

2° Les coupes portant sur la paroi de la collection suppurée ont montré une infiltration lymphoïde très marquée, avec des lésions de tuberculose (cellules géantes, infiltration, etc.); on n'a observé, de même, aucune communication avec l'appendice; *il s'agit d'un ganglion tuberculeux.*

OBSERVATION II

De M. RICARD — (Bulletins de la Société de Chirurgie).

Il s'agit d'un malade opéré d'urgence dans mon service, par M. Beurnier, pour une appendicite avec 38°5 et des accidents de subictère. A la suite de l'intervention, il sortit de mon service, guéri en apparence, mais rentra bientôt chez Nélaton avec les mêmes accidents de subictère. Nélaton ne l'opéra pas; il revint alors chez moi, je l'envoyai chez Mathieu, qui me le renvoya, disant que l'appendice n'avait pas dû être enlevé. Je l'opérai, ayant eu la main forcée par des accidents très graves, bien que d'après mes renseignements l'appendice dut avoir été certainement enlevé. Je trouvai une chaîne ganglionnaire infectée, remontant de son appendice vers le foie; les deux ganglions étaient très augmentés de volume et contenaient du pus; j'extirpai quatre ou cinq ganglions.

Il est probable que les accidents étaient dus à la présence de ces ganglions suppurés, infectés lors de la première crise

d'appendicite. Le malade est en bonne voie de guérison au huitième jour, dès le lendemain, la température était revenue à la normale.

OBSERVATION III

(Thèse de FERRY, Paris 1900).

Appendicite chronique avec ganglion suppuré du méso.

Rose M..., 25 ans, infirmière, entrée à l'hôpital le 1^{er} avril 1900, sortie le 5 mai. Toujours bien portante jusqu'en 1897; elle est entrée alors, au mois d'octobre, dans le service de M. Bouilly; elle avait des pertes blanches jaunâtres et des douleurs abdominales très vives; on diagnostiqua une métrite avec salpingite double, surtout marquée à gauche et pelvi-péritonite.

On l'opère : incision dans le cul-de-sac postérieur; on place deux drains, qui sont laissés à demeure pendant une quinzaine de jours; la malade quitte l'hôpital bien améliorée, mais toujours avec beaucoup de pertes blanches, pour lesquelles on lui donne des injections et du repos. Ses pertes ne cessant pas, elle rentre de nouveau dans le service de M. Bouilly le 16 décembre. On lui fait un curettage et un drainage de la cavité utérine. A l'examen, on constate toujours l'existence d'une salpingite double avec grosse masse dans le cul-de-sac latéral gauche. La malade sort de l'hôpital et pendant plusieurs mois peut reprendre son travail. Poussée salpingienne en 1898, soignée d'abord médicalement (glace, repos), les douleurs se calment un peu et on procède, le 16 octobre 1898, à l'hystérectomie vaginale. La malade sort guérie.

Première crise d'appendicite (novembre 1889). — Au milieu d'un état de santé satisfaisant, la malade ressent des douleurs abdominales sourdes, affectant le type gastrique, douleurs au niveau de l'estomac, avec irradiations vers la fosse iliaque droite; ces douleurs s'accompagnent de vomis-

sements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Cet état ne dure que quelques jours, la malade se rétablit peu à peu, conservant toujours un peu d'endolorissement dans la fosse iliaque droite ; parfois, elle a des crises un peu plus douloureuses, sous forme de coliques.

Deuxième crise (le 24 mars 1900). — Elle ressent de vives douleurs abdominales, des vomissements se produisent, douleurs et vomissements sont d'abord assez peu marqués, puis augmentent peu à peu d'intensité pour arriver à leur maximum les 30 et 31 mars. La malade entre dans le service le 1^{er} avril. La crise aiguë est déjà passée ; la fosse iliaque droite est endolorie, le point de Mac Burney est particulièrement sensible, surtout à la pression ; il y a quelques vomissements, la température varie entre 38°5 et 39°. Repos absolu et glace sur le ventre.

Opération (le 10 avril). — Sous le chloroforme, la paroi abdominale étant relâchée, on sent une petite tumeur dans la fosse iliaque droite. L'incision est faite sur le bord du muscle droit, incision du péritoine. On ne trouve ni pus, ni adhérences, on tombe immédiatement sur l'appendice qui est très légèrement augmenté de volume et un peu rouge, sans traces d'adhérences, marquant un travail inflammatoire péri-appendiculaire. Ablation de l'appendice. En explorant son méso, on trouve un ganglion enflammé du volume d'une grosse noix, il contient du pus, ablation et drainage. Le drainage à la gaze iodoformée est retiré au bout de quarante-huit heures. La malade sort guérie le 5 mai.

OBSERVATION IV

M. WALTHER — (Bulletin de la Société de Chirurgie, p. 254, 1900).

Appendicite chronique, avec adénite suppurée à coli-bacille et à streptocoques.

Une femme de 39 ans, très nerveuse, très intelligente et surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait depuis l'âge de 24 ans de troubles gastriques, de douleurs épi-

gastriques, sensation de brûlure, perte d'appétit, etc. Elle fut soignée pour une dilatation d'estomac, et sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement.

Mariée à 37 ans; elle eut un enfant bien portant. A 37 ans, à la suite de contrariétés, pertes de sommeil, douleurs de tête très violentes, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout état nerveux très accentué, avec surexcitation cérébrale continuelle; on la traita par les doux, les toniques, la viande crue. Les troubles digestifs s'accrochèrent encore pendant cette crise et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales tantôt diffuses, tantôt prédominantes à droite, parfois même dans la fosse iliaque.

C'est dans ces conditions que je vis la malade, et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments, pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cæcale, avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée plus d'un mois, je n'hésitais pas à attribuer à l'appendicite chronique tous ces troubles, jusque-là mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade dans mon service, le 25 juillet 1899. Je trouvai un appendice long de 11 centimètres et demi, coudé par des brides péritonéales, dans le méso, tout contre l'appendice, un ganglion suppuré, du volume d'un noix.

L'appendice présentait à la coupe un piqueté hémorragique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune altération de la muqueuse.

Mais c'est là le fait sur lequel j'appelle votre attention, le contenu de l'appendice, examiné par mon collègue, M. Vidal, contenait du coli-bacille et du streptocoque, et une parcelle prise au centre ramolli du ganglion, cultivée sur gélose, a donné du coli-bacille et du streptocoque.

OBSERVATION V

. GÉRARD-MARCHANT — (Société de Chirurgie, 30 janvier 1900).

Ganglion suppuré, avec appendicite subaiguë, pariétale, au début, caractérisée par de la folliculite et de la périfolliculite.

Le 14 novembre dernier, j'opérai une jeune fille, qui m'avait été confiée par M. Porest de Faye. Cette jeune fille avait, depuis cinq ou six ans, de loin en loin, tous les deux ou trois mois environ, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, sans fièvre, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures. Dans l'intervalle de ces petites crises, aucune souffrance appréciable.

La première grande crise eut lieu en juillet 1899. Fièvre vive, vomissements pendant quatre jours, avec douleur violente au point d'élection. Cette crise dura quinze jours, et céda à la glace, à l'opium et à la diète absolue. Néanmoins, la malade garda toujours une sensation douloureuse dans la fosse iliaque.

La deuxième grande crise eut lieu le 2 novembre pendant la nuit : douleur violente s'accompagnant de nausées, de lipothymie, d'angoisse extrême, sans fièvre parfois.

C'est dix jours après cette seconde atteinte que je fus appelé à voir la malade, et que je constatais une tuméfaction bien nette dans la région cœcale. Je pensai à une appendicite, et lorsque, le 11 novembre 1899, j'opérai cette malade, je fus surpris de trouver un appendice qui paraissait sain, mais sur le cæcum, en pleine face antérieure, se rapprochant cependant de son bord externe, un gros ganglion. Mais celui-ci était suppuré, prêt à s'ouvrir et ayant contracté, avec la paroi cœcale, des adhérences telles que je renonçai à l'extirpation ; je traitai cette adénite suppurée par l'ouverture, le grattage, la thermo-cautérisation, puis j'isolai ce foyer septique de la grande cavité péritonéale, par une suture cœcale, de la lèvre interne, de l'incision du péritoine.

La malade est entièrement rétablie.

Quelles étaient les lésions de l'appendice?

Voici la note que m'a remise mon chef de laboratoire de l'hôpital Boucicault, M. le docteur Blanc : « Appendicite pariétale sans trace aucune de lésions tuberculeuses. L'appendice enlevé, à l'examen macroscopique, paraît à peu près normal, il est du volume d'un crayon, légèrement congestionné, et on aperçoit à sa surface de fins réseaux correspondants à des arborisations vasculaires, indices de congestion ; pas de dilatation ni de rétrécissement.

Sur les coupes, on rencontre les lésions d'une appendicite pariétale légère : épaissement des couches, infiltration prédominante au niveau de la muqueuse hypertrophiée et du tissu réticulé sous-muqueux. On aperçoit de nombreux leucocytes, soit autour des follicules, qui sont augmentés de volume et pénétrés eux-mêmes par les lymphocytes.

L'infiltration a gagné aussi les espaces interglandulaires, mais les glandes sont peu atteintes.

A cause des antécédents de la jeune malade, qui avait une sœur atteinte de coxalgie et un frère bacillaire pulmonaire et d'un ganglion suspect rencontré au cours de l'opération, on pouvait soupçonner la tuberculose. Rien dans les lésions de l'appendice ne permet de songer à la bacilliose, et les lésions inflammatoires sont des lésions d'inflammation simple.

En résumé, appendicite subaiguë, pariétale, tout à fait caractérisée par de la folliculite et de la péri-folliculite.

OBSERVATION VI

De M. le D^r MASSOULARD — (Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 15 mai 1907).

Adénite suppurée péri-cæcale tuberculeuse, donnant lieu à des signes nets d'appendicite, sans que l'appendice soit atteint; extirpation des ganglions tuberculeux. Guérison durable.

M^{me} X..., 38 ans, sans profession, ne présente aucun antécédent héréditaire ou collatéral notable. Son père est mort

à 70 ans, d'hémorragie cérébrale, sa mère, actuellement vivante, jouit d'une excellente santé. Elle a deux frères bien portants. Dans sa première enfance, elle a eu une rougeole bénigne. La menstruation s'établit à 13 ans, et, depuis, fut toujours régulière. Mariée à 33 ans, elle accoucha après une grossesse tout à fait normale d'une fille de santé parfaite.

Jamais elle n'a présenté de constipation, de diarrhée, ni de troubles digestifs d'aucune sorte.

En juillet 1904, en pleine santé, elle est prise brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Pendant quatre jours, elle continue à souffrir. Le contact d'un léger drap de lit lui semble intolérable. Cependant, elle n'a ni fièvre, ni vomissements, un peu de constipation seulement. On la met à la diète, on lui applique de larges cataplasmes et la guérison survient rapidement.

Un mois après cette première crise, elle est suffisamment rétablie pour aller consulter à Paris un médecin, qui lui dit qu'elle vient d'avoir de l'appendicite aiguë et qui lui trouve dans la fosse iliaque droite « des noyaux péri-appendiculaires ». Le même médecin revoit la malade au bout de trois semaines, après une purgation, et constate les mêmes noyaux.

Bien que la santé fut redevenue excellente, la fosse iliaque droite restait sensible à la pression.

En novembre 1905, survient une nouvelle crise, aussi subite que la première, mais plus intense. Les douleurs restent violentes pendant six jours, il n'a encore ni fièvre, ni vomissements, mais la constipation est plus absolue et plus tenace. Un traitement médical amène la guérison et la malade commence à quitter le lit au quinzième jour. Cependant, le retour à la santé ne se produit pas comme après la première crise. La malade reste sans force, sans appétit, elle maigrit, elle est constipée, et use presque en permanence de laxatifs variés. A la fin de décembre, elle remarque dans ses selles quelques caillots de sang pendant trois jours con-

sécutifs; il n'y a jamais eu ni glaires, ni fausses membranes.

Le 6 janvier 1906, nouvelle crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, mais cette fois, très légère, et qui dure seulement quarante-huit heures. Néanmoins, comme l'état général reste précaire, qu'il persiste de la sensibilité dans la fosse iliaque droite, la malade vient à notre clinique le 15 janvier 1906.

Malgré l'amaigrissement des derniers mois, l'aspect général est celui d'une femme robuste, bien constituée, d'embonpoint moyen.

L'abdomen est facile à explorer, il est douloureux au point de Mac Burney, sur un espace grand comme la paume de la main environ. A 2 centimètres au-dessus de ce point, on sent un petit noyau du volume et de la forme d'une noisette, dur et mobile. Le maximum de la douleur provoquée correspond exactement au petit noyau et non au point de Mac Burney lui-même. Au dedans de ce noyau, on perçoit assez vaguement une masse plus profonde, à limites imprécises, qui paraît mobile et ne présente pas de maximum douloureux. La malade est habituellement constipée. L'examen le plus minutieux ne révèle aucun autre trouble. Rien, notamment dans la sphère génitale, ni du côté de l'appareil respiratoire.

Nous supposons que nous sommes en présence de reliquats d'appendicite. Comme la dernière crise, celle du 6 janvier a été tout à fait bénigne et remonte à six semaines; nous décidons d'intervenir.

L'opération a lieu le 15 février. Par l'incision de Jala-guier, la terminaison de l'iléon, l'appendice, le cæcum et le commencement du côlon sont facilement attirés hors du ventre. La portion du tractus intestinal que nous avons sous les yeux paraît saine, aussi bien à la palpation qu'à la vue. Au-devant de la bandelette antérieure du cæcum existe un ganglion du volume d'une noix, dur, presque libre, appendu à une bride péritonéale. Dans l'angle iléo-cæcal se

trouve une masse grosse comme un œuf de poule, formée par un amas de ganglions pressés les uns contre les autres et recouverts d'un péritoine chroniquement enflammé. La masse s'est portée spontanément en avant du plan du mésentère, tend à s'énucléer en quelque sorte, et n'est rattachée au mésentère que par cinq ou six pédicules péritonéaux. Chacun de ces pédicules est sectionné au thermocautère entre deux pinces, le plus loin possible de la masse ganglionnaire, et la pince qui reste en place après ablation de la masse est remplacée par une ligature au catgut. Le ganglion précæcal est traité de la même façon. L'appendice ne présente pas de lésions appréciables, néanmoins, il est réséqué à sa base, et son moignon, cautérisé, est enfoui dans un repli cæcal, la paroi est refermée sans drainage. Les suites opératoires furent remarquablement simples, et la malade quitta la clinique au bout de vingt jours. Les pièces enlevées ont fait l'objet d'un examen minutieux. Des ganglions enlevés, les uns étaient hypertrophiés, la plupart étaient caséeux. L'examen histologique pratiqué par M. Gob, de Lille, et une inoculation au cobaye ont mis hors de doute la nature tuberculeuse des lésions. Quant à l'appendice, il paraissait sain macroscopiquement, néanmoins, des coupes ont été pratiquées sur toute sa hauteur. Elles ont montré l'intégrité de l'organe dans toutes ses couches, notamment la muqueuse et les follicules clos étaient normaux.

OBSERVATION VII

(In thèse PETIT 1905-1906).

Appendicite tuberculeuse avec adénite. Ablation. Guérison.

X., 17 ans, entre à Cochin, en octobre 1900, pour se faire opérer d'une appendicite. Il y a quinze jours, ce jeune homme, toujours bien portant jusque-là, a été pris de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, constipation, fièvre. Ces accidents durèrent huit jours, puis ils

cessèrent presque complètement, il ne persista qu'un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite. Actuellement, il n'y a pas de fièvre, le pouls est bon (80).

A l'examen de la fosse iliaque, on ne sent ni plastron, ni résistance de la paroi ; par la pression profonde, on réveille un point douloureux qui correspond à celui de Mac Burney. Après plusieurs jours de repos, on opère le malade.

Incision de Jalaguier, extirpation de l'appendice, long de 10 centimètres, assez fortement vascularisé, mais non adhérent. Dans le méso, il existe trois gros ganglions qui sont enlevés en même temps que l'appendice. Guérison rapide, sans complications, le malade a été perdu de vue.

A l'examen microscopique, l'appendice ne présente que des lésions de folliculite diffuse avec épaissement de la muqueuse et points ecchymotiques. A la coupe, un des ganglions, gros comme une noix, présente des nodules caséux et a son centre ramolli. L'examen microscopique de l'appendice est venu confirmer le diagnostic, on a trouvé un follicule tuberculeux sous-muqueux, avec cellules géantes et épithélioïdes.

OBSERVATION VIII

M. ROUTIER — (Bulletin Soc. Chirug., 5 juillet 1905).

Appendicite tuberculeuse avec adénite tuberculeuse péri-appendiculaire, tuberculose probable de la valvule iléo-cæcale. Ablation de l'appendice et des ganglions. Guérison constatée trois ans après.

Ch. M..., 39 ans, entre à Necker pour une affection mal caractérisée de l'abdomen, avec fièvre ; cet homme ne donnait aucun renseignement, à peine pouvions-nous savoir qu'il souffrait depuis une quinzaine de jours ; 40° de fièvre, pouls rapide, pas d'occlusion intestinale, les points les plus douloureux étaient le foie, et surtout la fosse iliaque.

Comme l'état général allait s'affaiblissant, intervention le 29 novembre 1902.

L'appendice était malade, gros, rouge, contourné, adhérent; il fut enlevé.

J'examinai alors toute la région iléo-cæcale; il me parut que la valvule était épaissie, dure au toucher, à travers les parois du cæcum, mais ce qui, surtout, attira mon attention, ce furent de gros ganglions enflammés, qui remontaient en chaîne jusqu'aux insertions du mésentère. J'enlevai ces ganglions suppurés avec l'appendice. Après divers incidents le malade a parfaitement guéri; six mois après, il avait gagné 25 kilos et de 47 kilos était monté à 70. Il a été revu cette année en avril et se porte bien.

Voilà un cas de tuberculose de l'appendicé avec, certainement, une lésion de la valvule qui a guéri après l'ablation de l'appendice et des ganglions. On peut dire que si on avait laissé évoluer la maladie, et si le malade avait pu en faire les frais, il aurait eu probablement plus tard de la tuberculose iléo-cæcale de la nature de celles que nous réséquons.

OBSERVATION IX

M. GOSSET — (Thèse d'Alglane).

Tuberculose iléo-cæcale avec ganglions iléo-cæcaux caséeux.

Le nommé L... Léopold, âgé de 30 ans, entre le 27 novembre 1901, dans le service de M. le professeur Terrier, pour de vives douleurs qu'il éprouve dans la fosse iliaque depuis plusieurs semaines. Ces douleurs ont augmenté depuis la veille, et il y a eu des vomissements plusieurs fois répétés.

A l'examen du ventre, on constate, au niveau du flanc droit, la cicatrice d'une incision faite un peu au-devant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et qui serait due à une opération pour appendicite, faite au mois d'août de la même année, mais le malade ignore si, au cours de l'opération, l'appendice a été ou non enlevé. A la palpation, on constate au niveau du flanc droit une défense assez mar-

quée de la paroi, mais malgré laquelle on peut sentir un empatement assez marqué dans la profondeur, avec douleur à la pression.

Avec ces signes, il y a de la fièvre. La température, qui est à 38° le matin, à l'arrivée du malade, s'élève à 38°8 le soir. Ces symptômes font penser que l'appendice iléo-cæcal n'a pas dû être enlevé au moment de la première intervention, et que le malade est sous le coup d'une rechute.

Son état général est assez satisfaisant, mais le malade présente de chaque côté, au niveau de la région sus-hyoïdienne latérale, de volumineuses masses ganglionnaires, vraisemblablement tuberculeuses.

Le malade est laissé au repos, à la diète lactée pendant quelques jours, avec application de glace sur le ventre.

Au bout de cinq jours, la douleur, au lieu de s'amender, a augmenté et la température atteint maintenant 39°2 le soir.

L'opération est décidée, avec le diagnostic d'appendicite suppurée enkystée; elle est pratiquée le 2 décembre 1901, par M. Gosset.

Laparotomie latérale, au niveau de l'ancienne cicatrice. Excision du tissu cicatriciel. Ouverture du péritoine, exploration de la région cæcale, où il existe quelques adhérences épiploïques. Au niveau de l'angle iléo-cæcal, on sent, dans l'intérieur, un noyau très dur, du volume d'une noix. Sur le péritoine cæcal, on voit quelques granulations tuberculeuses caractéristiques. En arrière du cæcum, on trouve trois ganglions volumineux; ils sont caséeux et en voie de suppuration, mais ces lésions sont localisées autour du segment iléo-cæcal; on extirpe les ganglions et on pratique la résection du segment iléo-cæcal.

Suites opératoires très simples.

Le malade quitte l'hôpital le 3 janvier 1902, dans un état très satisfaisant.

La pièce anatomique recueillie montre nettement qu'il s'agit de tuberculose de forme fibro-adipeuse.

OBSERVATION X

DIEULAFOY — (Semaine Médicale, 8 octobre 1902).

Adénite tuberculeuse de l'angle iléo-cæcal. Ablation avec résection de l'appendice. Guérison.

Il s'agit d'une jeune Cubaine, que le professeur Dieulafoy soignait en 1898; elle se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque droite. A différentes reprises, ces crises douloureuses avec vomissements avaient pris une notable intensité et éveillé l'idée d'une appendicite. La diarrhée était constante, et dans l'intervalle des crises, était le symptôme dominant, on n'avait jamais constaté de mélæna. Les digestions étaient pénibles, l'alimentation insuffisante, la malade était pâle, affaiblie et amaigrie. Elle n'avait pas de fièvre, mais gardait le lit à cause de douleurs que provoquait la marche. Le ventre est excavé, on sent, à droite, une tumeur vaguement fluctuante, douloureuse.

Hérédité tuberculeuse, et bien que la jeune fille n'eût rien aux poumons, elle avait l'aspect d'une bacillaire. On pensa à de la tuberculose du cæcum, et l'intervention fut pratiquée par le docteur Gérard-Marchant.

On trouva, sur le cæcum, près de son bord interne, au niveau de la fin de l'iléon, deux masses ganglionnaires juxtaposées. Un de ces ganglions présentait, à sa surface, des points jaunâtres; l'énucléation des ganglions fut facile. Bien que l'appendice parut sain, il fut réséqué. Appendice et ganglions ont été examinés au laboratoire du professeur Dieulafoy, l'appendice paraissait sain; les ganglions étaient caséux.

L'opération fut suivie d'une amélioration rapide, et un au plus tard, on recevait les meilleures nouvelles de la santé de cette enfant.

CONCLUSIONS

I. Des vaisseaux lymphatiques nombreux partent de l'appendice qu'on a comparé à l'amygdale et qui, comme elle, est un organe essentiellement adénoïde.

II. Ces vaisseaux se rendent à des ganglions en nombre et en siège variables, formant au niveau de la région cæco-appendiculaire trois groupes principaux :

a) Un groupe léo-appendiculaire siégant au niveau de la base du méso-appendice à l'endroit où ce méso se continue avec la fin du mésentère ;

b) Un groupe cæco-appendiculaire situé dans l'angle que forme l'appendice avec le bord interne du cæcum ;

c) Enfin un groupe méso-appendiculaire constitué par les ganglions déterminés dans l'épaisseur du méso.

III. Les adénites suppurées péri-appendiculaires peuvent se rencontrer dans les diverses infections aiguës de l'appendice dues au streptocoque, au colibacille ; ces faits sont toutefois assez rares, nous parlons de « l'adénite suppurée », car l'engorgement

ganglionnaire, l'adénopathie péri-appendiculaire ont été plus souvent observés.

IV. Les adénites suppurées péri-appendiculaires sont surtout le partage des lésions subaiguës ou chroniques de l'appendice et du cæcum, en effet les inflammations suraiguës de l'appendice ont peu de tendance à déterminer des réactions ganglionnaires ; c'est dans les cas subaigus à marche trainante souvent accompagnés de poussées de récidence que la présence de ganglions suppurés autour de l'appendice a été constatée.

V. Les adénites suppurées péri-appendiculaires coexistent surtout avec les lésions tuberculeuses :

De l'appendice,

Du cæcum,

De la région iléo-cæcale.

Elles peuvent exister avec des lésions tuberculeuses des annexes droites ; l'injection tuberculeuse se propageant à l'appendice par contiguïté, les ganglions péri-appendiculaires sont atteints secondairement.

VI. Il existe une tuberculose primitive des ganglions péri-appendiculaires, comme il existe une tuberculose primitive des ganglions mésentériques.

On trouve des ganglions caséux en voie de suppuration avec :

a) Intégrité actuelle de l'appendice et du cæcum, aucune lésion tuberculeuse n'étant trouvée à l'examen microscopique;

b) Avec des lésions banales de folliculite et de périfolliculite;

c) Avec des lésions tuberculeuses caractéristiques plus ou moins avancées.

VII. Les caractères anatomo-pathologiques de ces adénites suppurées péri-appendiculaires varient suivant qu'on a affaire à une adénite suppurée en rapport avec une lésion subaiguë, à streptocoque, à staphylocoque, à colibacille ou avec une lésion tuberculeuse de l'appendice, du cæcum et de la région iléo-cæcale.

VIII. Le tableau clinique des adénites suppurées péri-appendiculaires varie suivant qu'elles évoluent sous une forme chronique ou sous une forme aiguë.

IX. Le traitement est le même dans tous les cas ; l'extirpation des ganglions suppurés s'impose, c'est le temps complémentaire de la résection du cæcum ou d'une appendicectomie.

Vu :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

Vu :

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 octobre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Etude sur la tuberculose du segment iléo-cæcal de l'intestin. *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- Adénopathie iléo-cæcale. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1910.
- AUGUY. — De l'adénopathie appendiculaire. *Thèse de Lyon*, 1900-1901.
- BARNESLEY. — *Thèse de Paris*, 1898.
- BONJOUR. — Adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- COHN. — Der verlauf der appendiculären lymphgefäße. *Arch. f. Anat. u. Physiologie Anat. Anat.*, 1905.
- DIEULAFOY. — Adénite iléo-cæcale prise pour une appendicite. Société médicale des hôpitaux, 8 octobre 1902.
- ESTÈVE. — Appendicite tuberculeuse. *Thèse de Montpellier*, 1905-1906.
- FERRY. — Adénopathies péri-appendiculaires. *Thèse de Paris*, 1900-1901.
- GÉRARD-MARCHANT. — Adénite dans l'appendicite. Société de Chirurgie de Paris, 24 janvier 1900.
- GUINARD. — Appendicite. *Traité de chirurgie* de Ledentu et Delbet.
- GUIBAL. — Adénite tuberculeuse para-cæcale, sans lésions appréciables de l'intestin survenue à la suite d'une appendicite. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1907.
- HÉMERY. — Tuberculose primitive des ganglions mésentériques. *Thèse de Lille*, 1901-1902.
- JOUNESCO. — *Traité d'anatomie humaine* publié sous la direction de Poirier.

- KOEPELIN. — Les abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale. *Thèse de Lyon*, 1910.
- LE BRAS. — Tuberculose appendiculaire et appendicite. *Thèse de Paris*, 1909-1910.
- LOCKWOOD. — Note upon the lymphatics of the vermiform appendix. *Journal of anatomy and physiology*, 1900.
- MASSOULARD. — Tuberculose des ganglions iléo-cæcaux, intégrité de l'appendice. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1907.
- MATEHLE. — Beiträge zur klinischen Chir., 1908, t. LIX.
- MICHAUX. — Tuberculose volumineuse de l'angle iléo-cæcal. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 10 avril 1907.
- POIRIER et CHARPY. — Lymphatiques du cæcum et de l'appendice. *Cunéo*, édition 1909.
- RENAUT. — *Traité d'histologie*.
- REYNIER. — A propos des para-appendicites. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 14 février 1900.
- ROUTIER. — Tuberculose iléo-cæcale. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 5 juillet 1905.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, édition 1912.
- TIXIER et VIANNAY. — Note sur les lymphatiques de l'appendice iléo-cæcale. *Lyon Médical*, 1901.
- VEIRAT. — Contribution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse. *Thèse de Montpellier*, 1903-1904.

